

Ärztliche Bestätigung

Schülerin/Schüler _____

Geb.Dat. _____

Anschrift: _____

..... möchte an der SportMittelschule Gars die Eignungsüberprüfung für die Aufnahme in den Sportzweig durchführen. Diese umfasst 8 Stationen, in denen allgemeine sportmotorische Grundlagen überprüft werden. (20-m Sprint, Geschicklichkeitsübungen, Sprungkraft, Stangenklettern, Bumerang-Lauf, 8-Minuten Lauf)

Die Schülerin/der Schüler hat sich deshalb bei mir einer ärztlichen Untersuchung unterzogen und es wird hiermit bestätigt, dass sie/er in der Lage ist, ohne gesundheitliche Schädigung die geforderten motorischen Leistungen im Rahmen der Prüfung durchzuführen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes